

Série 1. FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON N° 996.

ACUITÉ & CHAMP VISUELS

DE L'OEIL RESTANT
APRÈS ÉNUCLÉATION DE L'AUTRE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 6 décembre 1894

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

COLLET Constant

Ne à Bar-le-Duc (Meuse), le 11 décembre 1869.

ÉLÈVE A L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE



LYON

IMPRIMERIE L. BOURGEON

7, rue des Marronniers.

—
1894

Série 1. FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON N° 996.

ACUITÉ & CHAMP VISUELS

DE L'OEIL RESTANT
APRÈS ÉNUCLÉATION DE L'AUTRE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 6 décembre 1894

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

COLLET Constant

Ne à Bar-le-Duc (Meuse), le 11 décembre 1869.

ÉLÈVE A L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE



LYON

IMPRIMERIE L. BOURGEON

7, rue des Marronniers.

—
1894

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET DOYEN.
GAYET. ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. DESGRANGES, PAULET, BOUCHACOURT, CHAUVEAU, BERNE.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales.	BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements.	OLLIER.
Clinique ophtalmologique.	PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	FOCHIER.
Clinique des maladies mentales	GAYET.
Physique médicale.	GAILLETON.
Chimie médicale et pharmaceutique.	PIERRET.
Chimie organique et Toxicologie	MONOYER.
Matière médicale et Botanique	HUGOUNENQ.
Zoologie et Anatomie comparée	CAZENEUVE.
Anatomie.	FLORENCE.
Anatomie générale et Histologie	LORTET.
Physiologie	TESTUT.
Pathologie interne.	RENAUT.
Pathologie externe.	MORAT.
Pathologie et Thérapeutique générales.	TEISSIER.
Anatomie pathologique.	X.
Médecine opératoire	MAYET.
Médecine expérimentale et comparée.	TRIPIER.
Médecine légale.	POLLOSSON (Maur)
Hygiène	ARLOING.
Thérapeutique	LACASSAGNE.
Pharmacie	X.
	SOUPLIER.
	CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes. M. LAROYENNE.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants. MM. WEILL, agrégé.
Accouchements POLLOSSON (Aug) —
Botanique BEAUVISAGE. —

AGRÉGÉS

MM. AUGAGNEUR.	MM. GANGOLPHE.	MM. ROLLET (ÉTIENNE).
BEAUVISAGE.	JABOULAY.	ROQUE.
CONDAMIN.	LANNOIS.	ROUX.
COURMONT.	PERRET.	VIALLETON.
DEROIDE.	POLLOSSON (Aug.).	WEILL.
DEVIC.	ROLLET.	BARRAL
DIDELOT.	RODET.	MOREAU
		chargés des fonctions d'agrégés.

M. ETIEVANT, Secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. GAYET, *Président*; M. AUGAGNEUR, *Assesseur*; MM. GANGOLPHE et ROLLET (Ét.), *Agrégés*.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur GAYET

INTRODUCTION.

Dans le cours des trois années d'études que nous avons passées à Lyon, nous avons toujours été invinciblement attiré vers les études d'ophtalmologie pour lesquelles la clinique et le laboratoire de M. le professeur Gayet nous offraient tant de ressources. La bienveillance avec laquelle nous avons toujours été accueilli par ce savant maître nous a enhardi à lui demander le sujet de notre thèse inaugurale, et nous avons été très fier de l'honneur qu'il nous fit en nous confiant l'étude de l'acuité et du champ visuels de l'œil demeuré en place avant et après énucléation de l'œil malade. Pendant près d'un an nous avons travaillé à recueillir des matériaux et nous présentons aujourd'hui le modeste résultat de nos recherches.

Nous avons divisé notre travail en quatre chapitres.

Dans le premier nous chercherons à faire voir ce qu'est devenue la vision de l'œil sain avant que les phénomènes sympathiques se soient déclarés, ou après les apparitions, avant l'énucléation.

Le deuxième sera formé par les observations que nous avons recueillies.

Le troisième sera consacré à l'étude des modifications de l'acuité et du champ visuels de l'œil demeuré en place après énucléation préventive ou curative de l'autre.

Nous chercherons, dans un quatrième chapitre, à interpréter les faits constatés pour en tirer, si c'est possible, une explication que nous n'osons espérer bien satisfaisante.

Nous exposerons enfin nos conclusions.

Qu'il nous soit permis, avant d'attaquer notre sujet, d'adresser nos remerciements à nos maîtres.

Que M. le professeur Gayet nous permette donc de lui exprimer publiquement ici notre profonde reconnaissance pour la bienveillance et l'amabilité avec lesquels il nous a toujours accueilli dans son service et dans son laboratoire. Nous ressentons vivement l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse, c'est là un titre de plus qu'il a acquis à notre gratitude.

Nous ne pouvons oublier non plus les excellents conseils de M. le Dr Meurer ; nous lui adressons ici nos plus vifs et sincères remerciements.

Pendant les deux premières années de notre séjour à l'Ecole, nous avons eu le bonheur d'être attaché comme stagiaire au service de M. le médecin-major Manquat, actuellement agrégé au Val-de-Grâce ; nous lui devons

en grande partie le peu que nous savons de médecine, nous le remercions ici de la bienveillance qu'il nous a toujours témoignée.

Merci enfin à nos camarades militaires et civils dont la franche et joyeuse amitié nous a permis d'oublier, de temps en temps, pendant nos rares heures de liberté, les ennuis du régime de l'internat auquel nous avons été soumis pendant les trois années qui viennent de s'écouler.

CHAPITRE PREMIER.

Avant de parler des variations de l'acuité et du champ visuels, il nous a paru bon de rappeler ce que sont normalement cette acuité et ce champ visuels. On dit qu'un sujet a une acuité visuelle normale lorsque placé à la distance de cinq mètres environ il arrive à lire, sans le secours d'aucun verre correcteur, les lettres de la dernière ligne des échelles typographiques de Wecker.

Quant au champ visuel, c'est l'ensemble des objets qu'un œil peut voir en gardant une position fixe. Fœrster, de Breslau, compare le champ visuel à une demi-sphère creuse qui correspond exactement à la demi-sphère que forme la membrane sensible du globe de l'œil.

La saillie plus ou moins grande des organes voisins de l'œil, nez, paupière supérieure, arcade sourcillière, région malaire font éprouver à la partie interne du champ visuel des variations tellement grandes que l'on peut tenir assez peu de compte des variations individuelles de l'étendue du champ de ce côté. Le doc-

teur Pausia, dans une thèse récente de Bordeaux (1892), admet comme limites moyennes du champ visuel considéré comme normal les chiffres suivants pour les différentes couleurs :

	Blanc.	Bleu.	Rouge.	Vert
En haut.	55	45	40	30
En bas	70	60	50	35
En dedans . . .	60	55	45	30
En dehors. . . -	85	75	60	45

Ces chiffres, qui concordent à peu près avec ceux des autres auteurs, nous serviront de termes de comparaison dans l'étude que nous ferons de ceux que nous avons obtenus dans nos diverses observations.

Pour obtenir l'acuité visuelle de nos malades nous nous sommes servi des échelles typographiques de Wecker et nous avons employé le périmètre de Fœrster modifié par Landolt pour les champs visuels, et nous avons étudié chez plusieurs de nos malades les champs visuels des lumières blanche, rouge et verte.

Occupons-nous donc d'abord de l'acuité et du champ visuel de l'œil sain avant l'énucléation de l'œil malade, et dans le cas où les symptômes d'ophtalmie sympathique ne sont pas encore apparus. Tous les auteurs, et ils sont fort nombreux, qui se sont occupés jusqu'ici des phénomènes sympathiques ont signalé au début des accidents une diminution de l'acuité visuelle, mais ici ce n'est pas le cas, il s'agit d'énucléations préventives et non curatives pour éviter justement aux malades l'appa-

rition toujours si redoutable de l'ophtalmie sympathique.

Chez la plupart des malades dont nous avons pris les observations, nous avons trouvé, quelques jours après le début de l'affection qui a nécessité l'énucléation, une diminution d'acuité visuelle pouvant aller jusqu'à n'être plus que de $1/5$ comme nous l'avons vu chez un de nos malades atteint du phlegmon de l'O G et qui fut examiné huit jours seulement après le début de ce phlegmon. Dans un autre cas de phlegmon nous avons trouvé, trois semaines après le début des accidents, une acuité de l'œil sain égale seulement à $1/2$.

Un de nos malades, atteint d'inflammation et de suppuration d'un léucôme, a vu, lui aussi, son acuité réduite en huit jours à $1/5$ de l'acuité normale.

Chez aucun de ces trois malades on ne trouvait d'autre signe d'ophtalmie sympathique; ils ne présentaient ni photophobie, ni larmolement, ni rougeur, ni fatigue d'accommodation; aucun d'eux même ne s'était aperçu de la diminution de la valeur fonctionnelle de l'œil qui semblait absolument demeuré sain.

En revanche, chez un de nos malades qui avait été atteint à l'O D par un traumatisme violent qui avait amené l'issue du corps vitré à travers la cornée et que nous avons examiné quelques jours après l'accident, nous avons trouvé une acuité visuelle égale à 1 de l'œil droit. Dans un autre cas de traumatisme récent nous avons également trouvé dans l'œil non atteint une acuité visuelle normale. Il ne faudrait pas croire cependant que dans aucun cas de traumatisme récent on ne trouve de diminution de l'acuité visuelle de l'autre œil.

Albert Mooren, qui s'est beaucoup occupé des questions de sympathie, en signale plusieurs cas, entre autres celui d'un malade, un mineur qui, atteint d'un traumatisme de l'œil gauche, était sorti de son service guéri de sa lésion traumatique. Le résultat du traitement était très satisfaisant, dit Mooren, mais il restait un point inquiétant, l'œil droit paraissait fonctionner parfaitement, mais il ne pouvait plus distinguer avec la même précision les échelles de Snellers aux distances voulues.

Quant au champ visuel, chez tous nos malades il avait subi des variations, aussi bien chez ceux dont l'acuité était restée normale que chez ceux qui avaient subi une diminution de cette acuité. La vision périphérique avait subi chez tous un affaiblissement qui se traduisait par un rétrécissement du champ d'autant plus accentué que l'acuité était plus amoindrie. Nous avons cependant constaté qu'il n'existait pas une correspondance parfaite entre la diminution de l'acuité et le rétrécissement du champ visuel. Il nous a semblé que dans ces cas, le rétrécissement était le phénomène primitivement produit, que la vision périphérique avait d'abord été amoindrie, avant la vision centrale. Ce qui nous confirme dans cette idée, c'est que dans aucun cas nous n'avons trouvé une diminution marquée de l'acuité visuelle sans constater en même temps un rétrécissement notable du champ visuel.

Quant aux yeux atteints déjà par la sympathie, nous avons, nous aussi, après tant d'autres, constaté une diminution d'acuité et un rétrécissement du champ visuel. Comme nous avons étudié les lumières blanche,

rouge et verte, nous avons pu faire quelques constatations qui ne sont pas, nous pensons, sans intérêt. Nous avons vu, dans toutes les observations que nous avons prises la courbe du vert se rétrécir beaucoup plus que celle du rouge et du blanc, nous avons même pu constater, dans un cas, que le malade ne percevait plus la lumière verte, tandis qu'il avait encore la sensation du rouge et du blanc ; ces deux lumières, il est vrai, avaient un champ rétréci, mais enfin elles étaient cependant encore visibles.

Nous avons vu aussi que les rétrécissements subis par les champs visuels de ces trois couleurs n'étaient pas absolument concentriques, comme le fait est signalé par un grand nombre d'autres ; outre le rétrécissement plus considérable, en proportion, subi par la courbe de la lumière verte, nous avons trouvé un certain nombre de fois une véritable transposition par endroits des courbes du rouge et du vert. La rétine de certains de nos malades percevait mieux le vert que le rouge dans certaines zones où on trouvait une sorte de scotôme pour cette dernière couleur et, en ces points, la courbe du vert se trouvait excentrique à celle du rouge. Nous avons même constaté, mais beaucoup plus rarement, que la courbe du rouge était plus grande que celle du blanc, qui présentait, dans ces cas, un rétrécissement beaucoup plus marqué que le rouge en certains points.

En général, cependant, les rétrécissements des champs visuels sont à peu près concentriques, mais il nous a paru bon de signaler ces quelques constatations, ces quelques exceptions qui confirment la règle.

Pour ce qui est du temps nécessaire pour accomplir ces changements, il est des plus variables : nous avons trouvé des variations assez considérables de l'acuité visuelle et du champ visuel pour les différentes couleurs peu de temps après le traumatisme ou le début du phlegmon qui a nécessité une intervention sanglante ; nous avons vu aussi ces variations ne se produire ou du moins n'être accusées par les malades en ce qui concerne l'acuité que bien longtemps après le début de la maladie de l'œil sympathisant.

Dans le cas où nous avons pris l'observation de malades qui ont subi une énucléation préventive, c'est-à-dire avant l'apparition des phénomènes de sympathie, ces modifications fonctionnelles de l'œil sain s'étaient produites, sans douleur aucune, sans réaction inflammatoire. Nous ne croyons pas cependant qu'elles se soient produites d'un seul coup, à la façon d'une paralysie brusque — les changements de cette nature étant le plus généralement bien constatés par les malades — mais elles se sont produites assez rapidement toutefois dans les cas où en huit ou quinze jours l'acuité visuelle est tombée à $1/5$ de la normale.

Quant aux variations fonctionnelles de l'œil sympathisé dans les cas d'ophtalmie sympathique bien nettement déclarés, les malades nous ont tous bien accusé que cette diminution de vision a été progressive, marchant assez lentement dans l'intervalle des accidents aigus et hâtant le pas ou moment de ces poussées inflammatoires ou douloureuses qui sont un des graves dangers de cette maladie. Après chaque accès la vision diminue beaucoup et en peu de temps, cette diminution n'est

pas non plus subite, pas plus que celle qui se produit immédiatement après le traumatisme, ce qui nous fait pencher à croire que celle qui se produit à ce moment relève des mêmes causes qui accélèrent la perte de la vue pendant les périodes aiguës de l'ophtalmie sympathique. Quelques chiffres peuvent nous permettre de nous rendre un compte assez exact de la quantité dont l'acuité visuelle a baissé, du rétrécissement subi par le champ visuel des diverses couleurs, et du temps nécessaire pour accomplir ces modifications fonctionnelles. Ainsi chez un de nos malades, C. Théodore, trois semaines seulement après le début du phlegmon qui a nécessité l'énucléation de l'O D, nous trouvons: valeur de l'acuité visuelle $\frac{1}{4}$ et comme limites des chiffres moyens du champ visuel normal pour le blanc qui sont:

En haut	55	nous avons	35
En bas	70	—	50
En dedans	60	—	55
En dehors	85	—	65

De sorte que le nouveau champ visuel présente un rétrécissement de 20 en haut, 20 en bas, 5 en dedans et 20 en dehors. Ces modifications, pourtant déjà considérables, se sont produites en trois semaines, tout à fait à l'insu du malade, sans que l'œil gauche ait présenté ni douleur, ni photophobie, ni larmolement, ni fatigue d'accommodation, ni phénomènes inflammatoires d'aucune sorte, en un mot sans aucun autre des symptômes de l'ophtalmie sympathique au début.

Nous trouvons un exemple de rétrécissement non parfaitement concentrique dans l'observation de notre malade M. Honoré chez qui nous trouvons comme limite du rouge en dedans 35 et 50 pour le vert, et où en revanche à 45° sur l'horizontale, en dedans encore, le chiffre du vert est 25 seulement alors que celui du rouge est de 45, de sorte qu'il semble s'être établi une sorte de compensation, pour le vert qui regagne en un point sur le rouge une surface à peu près égale à celle qu'il perd au point voisin. L'acuité visuelle de ce malade est descendue en huit jours seulement à $\frac{1}{5}$ de l'acuité normale ce qui nous donne une perte des $\frac{4}{5}$. Nous pouvons encore trouver, en analysant l'observation de cet homme, la preuve de la non concordance, du non parallélisme entre l'affaiblissement de l'acuité et le rétrécissement du champ visuel. En effet son acuité a diminué des $\frac{4}{5}$, alors que le champ visuel de la lumière blanche est presque normal; il atteint en effet en haut le chiffre 50 au lieu de 55, en bas 65 au lieu de 70; en dedans il est normal et en dehors il atteint 80 au lieu de 85. Comme on le voit le champ visuel est peu rétréci et l'acuité a au contraire considérablement diminué.

Nous avons de plus constaté chez tous nos malades en prenant leurs champs visuels, que, autour de la zone de perception distincte du vert et du rouge, il existait une zone concentrique à la courbe de chacune de ces couleurs où le malade avait tantôt la perception du rouge pour le vert ou bien réciproquement et quelquefois il n'avait que la sensation de la couleur grise, ce qui laissait supposer que, aux limites de la vision dis-

tincte des couleurs, existait une obscure perception quantitative de la lumière.

Il est à remarquer enfin que dans tous les cas où un œil a subi un traumatisme grave ou a été le siège de phénomènes inflammatoires intenses, le contre-coup s'en est fait sentir sur l'autre œil, l'atteignant soit dans son fonctionnement en laissant son intégrité anatomique, soit dans son fonctionnement et sa structure.

Nous n'avons pas eu en effet à observer seulement des cas d'ophtalmie sympathique se traduisant par la seule diminution de la fonction, mode signalé par Mooren en particulier, nous avons retrouvé ce même phénomène dans des iridocyclites ou dans des glaucomes sympathiques. Du reste, en lisant la thèse du docteur Vignaux qui contient quatre-vingt-dix observations d'ophtalmie sympathique, nous avons retrouvé, dans les observations des diverses modalités de l'ophtalmie migratrice, ce fait signalé partout de la diminution de l'acuité et du rétrécissement du champ visuel qui amènent dans certains cas, trop nombreux malheureusement, la cécité absolue après des douleurs intolérables.

Ce qui nous semble résulter de cette analyse des variations subies par l'acuité et le champ visuels dans les cas d'ophtalmie sympathique à redouter ou déclarée, c'est que nous les avons toujours trouvées précédant les autres symptômes de l'ophtalmie migratrice et nous croyons devoir attirer l'attention des praticiens sur ce moyen de diagnostic de l'ophtalmie migratrice au début, heureux si cette remarque que nous avons faite peut

empêcher, en provoquant une énucléation préventive hâtive, l'éclosion des autres symptômes de la maladie et sauver de la cécité à peu près inévitable, quelques malheureux.

CHAPITRE DEUXIÈME.

OBSERVATIONS.

Il nous a semblé absolument inutile de rééditer ici les quatre-vingt-dix observations de la thèse du D^r Vignaux et toutes celles qui existent dans la littérature ; la plupart, en effet, ne sont pas complètes et ne peuvent guère nous servir, car elles ne contiennent, pour la plupart, que des renseignements assez vagues sur l'acuité visuelle au moment de l'énucléation et surtout sur le champ visuel que très peu d'observateurs se sont donné la peine de prendre. Tous signalent la diminution d'acuité et quelques-uns le rétrécissement, mais ce que nous n'avons presque jamais trouvé, ce sont les acuités et surtout les champs visuels après l'énucléation. Ces observations nous ont cependant servi pour l'étude de la diminution d'acuité, mais elles ne peuvent nous servir dans l'étude que nous nous proposons de faire plus loin des résultats immédiats de l'énucléation

au point de vue de l'acuité visuelle et du champ visuel.

Nous devons cependant citer à côté des nôtres deux observations de Von Græfe, citées par Von Brecht, de Berlin, dans le tome XX des Archives d'ophtalmologie. Nous les avons traduites et les voici :

OBSERVATION I (Von Græfe).

L'œil gauche était devenu aveugle depuis l'enfance à la suite d'une irido-choroïdite et était resté constamment irrité.

Depuis un an et demi à l'œil droit se constatait une diminution de l'acuité visuelle et une atteinte au champ visuel au début. A l'examen ophtalmoscopique on constatait une excavation partielle du nerf optique et la présence des veines rétiniennes dilatées et tortueuses. Le diagnostic d'amaurose sympathique avec excavation du nerf optique fut porté.

Environ un an et demi plus tard, le grand diamètre du champ visuel était de huit pouces, l'acuité visuelle centrale avait considérablement diminué, cependant l'écriture fine pouvait encore être lue avec des verres convexes. A ce moment on pratique l'énucléation de l'œil gauche. Deux semaines et demie plus tard le champ visuel commençait à augmenter et offrait, trois mois après l'opération, un grand diamètre de dix-huit pouces, l'acuité visuelle restant la même.

OBSERVATION II.

Cette observation est encore de Von Græfe et tirée du même passage.

Le 12 octobre 1872, le mécanicien K... me consulta pour un trouble de la vue de l'OD au début, tandis que l'œil gauche était perdu et phtisique. En novembre 1855, le patient

avait reçu dans l'œil gauche un éclat d'acier de trois lignes de long qui l'avait perforé à la limite entre la cornée et la sclérotique. Le patient affirmait qu'il n'était pas resté dans l'œil, mais la chose n'était pas démontrée. La blessure guérit en six semaines, l'œil resta non irritant et conserva un pouvoir de vision passable; le patient put travailler de nouveau de février 1866 jusqu'au commencement de juillet de la même année.

L'œil devint à cette époque de nouveau irrité et douloureux, et le champ visuel s'obscurcit de dehors en dedans complètement en huit jours, et, pendant ce temps, l'irritation disparut ainsi que la douleur et la rougeur. L'œil droit demeura tout à fait normal depuis ce moment jusqu'en janvier 1870. Depuis ce temps, le patient a dû changer souvent ses lunettes, si bien qu'il se servait en 1870 et 71 de lunettes trois fois plus fortes et, en 1871-72, de lunettes quatre fois plus fortes. En même temps la vision à longue distance devenait de plus en plus mauvaise. Depuis le commencement de juillet 1872, le patient remarqua un rétrécissement du champ visuel qui augmenta toujours, si bien qu'en septembre 1872 il ne pouvait plus travailler.

Etat actuel :

L'œil gauche est complètement non irrité, aucune trace de rougeur pathologique ni de douleur spontanée ou à la pression, mais l'œil est mou. A la limite de la sclérotique et de la cornée du côté interne se trouve une blessure longue de trois lignes, avec une synéchie antérieure. L'iris a changé de couleur, il est devenu brunâtre alors que l'œil gauche est bleu, il est tout à fait adhérent à la capsule et tremblotant. La pupille déformée de ce fait offre une membrane grisâtre, l'œil n'a aucune perception de lumière.

L'œil droit est extérieurement normal. Le patient compte encore les doigts à 8 pieds et avec un verre convexe n° 24 et un éclairage très intense l'acuité visuelle est d'environ 15/70; avec le verre convexe n° 6 il lit la vingtième ligne de l'échelle de Snellen placée à huit pouces.

Le champ visuel mesuré à neuf pouces sur le tableau a une étendue de 2,5 pouces d'un côté; de l'autre le mouvement de la craie n'est plus reconnu; cependant le patient indique la position de la lampe encore exactement, ce qui laisse à supposer que au moins aux limites du petit champ visuel existe encore une obscure perception quantitative de la lumière.

De ce que l'œil gauche était complètement non inflammé et non douloureux, je n'avais pas songé de suite à une ophtalmie sympathique, cependant l'examen ophtalmoscopique de l'œil droit donna un résultat négatif, il était impossible de découvrir, soit sur la rétine soit dans les milieux, quoi que ce soit de pathologique. J'interrogeai alors l'œil au point de vue des phosphènes et trouvai que dans chaque direction et dans chaque point périphérique, en dépit de la petitesse du champ visuel ils étaient donnés comme par un œil normal. La persistance des phosphènes dans une lésion du champ visuel déjà à un haut degré provient habituellement d'une anesthésie rétinienne de nature hystérique avec en même temps analgésie cutanée, et M. Græfe pense à ce sujet que dans de tels cas ni les fibres du nerf optique, ni la rétine, ni vraisemblablement les fibres radiées nerveuses qui relient les fibres du nerf optique à la couche des bâtonnets ne sont atteintes de paralysie, exactement comme les analgésies cutanées ou les troncs nerveux qui se rendent au territoire cutané qui ne sent plus ont conservé leur sensibilité.

La persistance des phosphènes me détermina à considérer ce processus comme tout à fait de nature nerveuse et sympathique et à pratiquer l'énucléation de l'œil gauche, ce qui fut fait le 31 octobre. A partir de cette date l'acuité centrale et le champ visuel de l'œil droit furent pris. Avant l'opération $S = 15/70$ et avec un verre $+ 6$ la deuxième ligne de l'échelle de Snellen était lue à 8 pouces.

Le 1^{er} novembre $S = 15/70$ Snellen 1 1/2 lu à 8 pouces.

Le 2 novembre $S = 15/40$. Rayon du champ visuel = 3 1/2 pouces.

Le 3 novembre rayon du champ visuel = 4 pouces.

Le 4 novembre $S = 15/30$. Rayon du champ visuel = $4 \frac{1}{2}$ pouces.

Le 8 décembre, rayon du champ visuel = 9 pouces.

Le champ visuel a continué de grandir pendant le mois de décembre et de janvier.

Toutes les observations qui suivent nous sont personnelles. Nous les avons recueillies dans le service de M. le professeur Gayet, à l'Hôtel-Dieu.

OBSERVATION III.

L..., Charles, 70 ans. Il y a deux mois cet homme a reçu en travaillant un éclat de pierre dans l'O G. Immédiatement après le traumatisme, perte subite de la vision, larmoiement, douleurs continues oculaires et périorbitaires. Depuis l'accident le malade ressent souvent dans l'O G des douleurs lancinantes. Il y a deux jours, subitement il a vu comme un brouillard devant son œil droit, sans douleur.

Actuellement l'O G présente un leucôme central adhérent avec cicatrice linéaire et vaisseaux sur le leucôme. — Plus de chambre antérieure.

L'O D offre pupille peu dilatée par l'atropine et irrégulière, il existe des synéchies postérieures bien visibles.

Acuité O D = $1/6$ le 21 mai.

On voit le fond de l'œil qui n'offre rien de particulier.

Le malade est énucléé le 25 mai, son champ visuel pris le 24 mai est repris le 28, seulement pour la lumière blanche.

Voici les chiffres obtenus à ces deux dates :

En haut. le 24, 40, le 28, 50.

En bas — 60, — 65.

En dedans. — 50, — 60.

En dehors. — 55, — 60.

Acuité $1/3$.

OBSERVATION IV.

Phlegmon de OD consécutif à contusion.

C..., Pierre, 33 ans, cultivateur à Auberives, a reçu sur l'œil droit un éclat de pierre provenant d'une grosse pierre frappée d'un coup de pioche. Douleur très vive dans l'œil au moment du traumatisme avec ecchymose sous-conjonctivale vers le côté interne du globe, puis amblyopie. Le lendemain vomissements bilieux fréquents, frissons répétés, gonflement de l'œil et des paupières tellement considérable que l'œdème s'étendait sur les paupières de l'OG et empêchait la vision, douleurs pulsatiles dès le lendemain de l'accident.

Actuellement exophtalmie considérable du volume d'une grosse noix, paupières rouges, épaissies. — Le volume de l'œil est très augmenté, la pression sur le globe est douloureuse, et donne la sensation de fluctuation. Le chimosis laisse échapper une sanie rougeâtre.

La cornée est presque entièrement opaque et jaunâtre sauf au centre où elle a une teinte glauque moins opaque.

La chambre antérieure est remplie de pus, surtout à la périphérie OG. V = 1.

Le champ visuel est pris le 5 juin une heure avant l'enucléation et le 8 juin 1894.

Le 1^{er} avait pour limites : lumière blanche, en haut 35, en bas 65, en dedans 45, en dehors 60 :

Lumière verte, en haut 25, en bas 20, en dedans 30, en dehors 35.

Lumière rouge, en haut 30, en bas 50, en dedans 35, en dehors 50.

Le 2^{me} avait : lumière blanche, en haut 50, en bas 65, en dedans 60, en dehors 75.

L'agrandissement a surtout porté, en bas et en dehors, sur le diamètre à 45° sur l'horizontal, le 1^{er} avait 50, le 2^{me} avait 85.

OBSERVATION V.

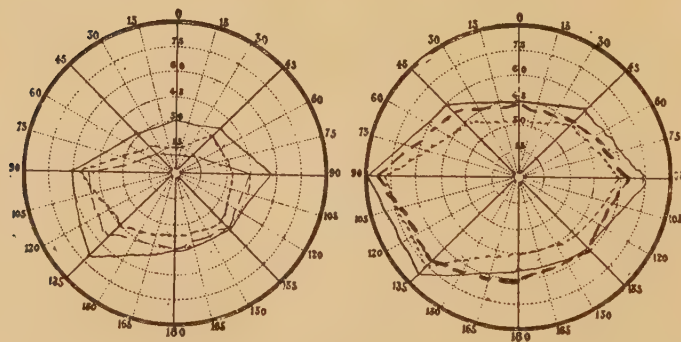
Abcès de la cornée O G. Staphylôme perforé.

5 Avril 1894.

R..., Antoine, verrier à Givors, depuis quinze ans n'y voyait rien avec O G sans qu'il ait eu aucune affection douloureuse; il y a six semaines, l'œil est devenu rouge, douloureux, il s'est formé, dit le malade, une boursofflure qui a éclaté laissant échapper du sang et du pus.

Actuellement la cornée O G est perforée, remplacée au centre par l'iris et un magma purulent. La chambre antérieure est supprimée. L'iris est adossé à la cornée et la remplace au niveau de la perforation.

Acuité OD = $\frac{1}{3}$ le 5 avril. — Champ visuel a été pris le 7 avril. Enucléation le 8 avril. — 2^e champ pris le 11. Acuité $\frac{1}{2}$.



OBSERVATION VI.

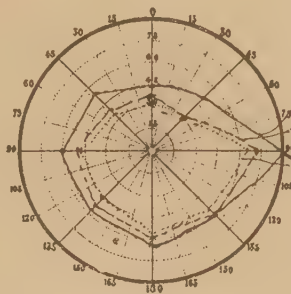
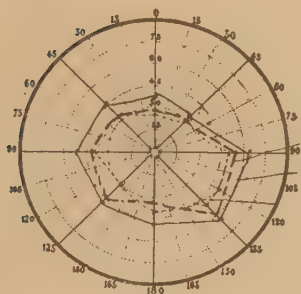
Plegmon O D.

C..., Théodore, cultivateur à Saulces (Drôme). Il y a huit ans, à la suite d'un refroidissement, la paupière supérieure s'est mise à enfler, l'œil n'étant ni douloureux ni inapte à ses fonctions. Peu de temps après, abcès ossifluent du frontal. — On fit une incision à la paupière et il sortit du pus. Peu à peu la paupière se retourna de façon à présenter en avant la conjonctive supérieure, les cils étant au niveau du sourcil.

Il y a trois semaines, l'O D devint douloureux et la vue s'est perdue. Le malade arrive avec un phlegmon de l'œil droit. — O G a acuité $1/4$.

Champ visuel pris le 4. — Enucléation.

Champ visuel pris le 6. — Acuité $1/2$.



OBSERVATION VII.

Ophthalmie sympathique.

M... Michel a perdu la vue de OD il y a trente-cinq ans à la suite d'un traumatisme par éclat de bois. Il y a deux mois, il a reçu des poussières dans l' OG et a commencé à souffrir de cet œil en même temps que la vision diminuait.

OD est phtisique. OG présente un trouble des milieux léger, le fond de l'œil droit est normal.

Le premier champ visuel est pris le 6 février 1894; à cette date l'acuité est $\frac{1}{3}$.

Lumière blanche : en haut 35 ; en bas 65 ; en dedans 60 ; en dehors 85.

Lumière verte : en haut 30 ; en bas 45 ; en dedans 45, en dehors 55.

Lumière rouge : en haut 35 ; en bas 60 ; en dedans 50 ; en dehors 60.

Enucléation le 7 février.

Deuxième champ visuel le 8. — Acuité $\frac{5}{7}$.

Lumière blanche : en haut 45 ; en bas 75 ; en dedans 70 en dehors 90.

Lumière verte : en haut 40 ; en bas 60 ; en dedans 55 ; en dehors 70.

Lumière rouge : en haut 45 ; en bas 65 ; en dedans 60 ; en dehors 75.

OBSERVATION VIII.

Plaie de la cornée. — Hernie du cristallin et de l'iris. O D.

V... Philiberte, 66 ans, étant occupée à fendre du bois, a reçu un éclat de bois dans l'œil. Il est sorti du sang en assez grande quantité ; depuis la vue est complètement perdue.

Actuellement photophobie, larmoiement, chémosis.

OD fendu horizontalement offre une plaie béante dans laquelle s'engage l'iris coiffant le cristallin qui tend aussi à former hernie. La cornée est trouble, la chambre antérieure est remplie d'un liquide séreux jaunâtre qui n'est autre chose que le corps vitré.

Acuité O G = $1/2$. Champ visuel pris le 2 février.

Lumière blanche : en haut 45 ; en bas 45 ; en dedans 50 ; en dehors 85.

Lumière verte : en haut 30 ; en bas 30 ; en dedans 35 ; en dehors 45.

Lumière rouge : en haut 40 ; en bas 40 ; en dedans 45 ; en dehors 75.

Enucléation le 3.

Champ visuel repris le 5. — Acuité $2/3$.

Lumière blanche : en haut 47 ; en bas 60 ; en dedans 60 ; en dehors 85.

Lumière rouge, mêmes nombres que la lumière blanche.

Lumière verte : en haut 43 ; en bas 50 ; en dedans 45 ; en dehors 60.

OBSERVATION IX.

Leucôme adhérent enflammé.

M... Honoré, 42 ans. Il y a 15 ans reçut un éclat de pierre dans O D qui a laissé une petite tache blanche sur cet œil mais sans amener beaucoup de trouble dans la vision. Il y a six jours le malade s'aperçut que la vision de cet œil était troublée ; l'œil est devenu rouge et enflammé et le siège d'un écoulement muco-purulent.

1^{er} février. — En dedans et un peu en bas sur la ligne d'insertion de la cornée la conjonctive présente un soulèvement perlé ; le reste de la cornée est uniformément trouble. — Hypopyon assez considérable en croissant. La chambre antérieure

est déformée par la projection d'une lance d'iris dans le staphylôme ci-dessus décrit.

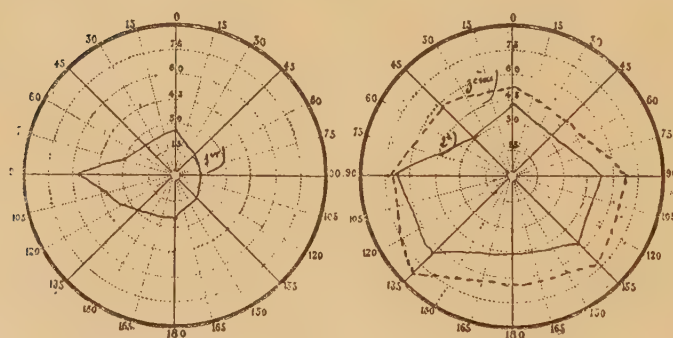
La pupille est par suite déviée en bas et en dedans.

Le 2 février la cornée est encore plus trouble, l'œil est douloureux et il existe en lui de la tension assez considérable. On pratique une iridectomie, en profitant de l'ouverture de la chambre antérieure pour vider celle-ci de l'hypopion. On voit pendant l'opération à travers le cristallin une couleur mordorée des milièux indiquant que le corps vitré est intéressé.

Le premier champ visuel O G est pris le 6 février, acuité $1/5$.

6 février. — Enucléation classique d'un œil complètement phlegmoneux ; l'opération n'a pu être faite sans vider l'œil.

Deuxième champ visuel pris le 11 février, acuité $1/3$.



OBSERVATION X.

Staphylôme O D.

B... Denis, 29 ans. A l'âge de 13 ans a subi un traumatisme, coup de branchette en passant dans un taillis, et à la suite il y a eu inflammation de O D. Cette inflammation a passé au

bout de quelques jours ne laissant qu'une petite tache. A l'âge de vingt ans, seconde inflammation du même œil qui a duré trois ou quatre mois et a disparu ensuite laissant la tache plus large. Il y a deux ans, douleurs de tête fréquentes. Actuellement le globe est déformé, conique, lisse avec quelques bosselures ; la couleur générale est gris sombre, les bosselures étant plus noires. Staphylôme de la grosseur d'un grain de raisin, blanchâtre, dont l'extrémité fait saillie en dehors des paupières causant assez de gêne au malade pour qu'il vienne demander l'enucléation.

Le premier champ visuel est pris le 23 février 1894 ainsi qu'à acuité 1.

24 février. — Enucléation d'un œil déjà ouvert au moment où on coupait la conjonctive.

Premier champ, lumière blanche : en haut 40, en bas 45 ; en dedans 40, en dehors 70.

Lumière rouge : en haut 25, en bas 35, en dedans 40, en dehors 40

Deuxième champ pris le 28 février. Acuité 1.

Lumière verte : en haut 15 ; en bas 10 ; en dedans 15 ; en dehors 15.

Lumière blanche : en haut 45, en bas 60, en dedans 55, en dehors 65.

Lumière rouge : en haut 30, en bas 45, en dedans 45, en dehors 60.

Lumière verte : en haut 30, en bas 25, en dedans 20, en dehors 40.

OBSERVATION XI.

Phthisie O D.

G..., Jean. Il y a trois ans vision trouble de O D ; brouillard sur la cornée ; début de rhumatisme à la même époque. Actuellement globe O D très diminué de volume et déformé.

O G acuité 1. Le premier champ visuel est pris le 8 décembre 1893.

Lumière blanche : en haut 50, en bas 60, en dedans 60, en dehors 65.

Le malade est énucléé ; le deuxième champ visuel est pris le 10 décembre, les suites opératoires ayant été extraordinairement satisfaisantes, lumière blanche : en haut 50, en bas 60, en dedans 65, en dehors 80.

OBSERVATION XII.

Ancien traumatisme.

R..., Jean-Marie. Il y a deux ans reçut un éclat de pierre dans O G. Probablement abcès de la cornée consécutif ; le malade ne suivit aucun traitement et l'œil complètement privé de vision s'est atrophié. Actuellement, 14 décembre 1893, le globe est réduit à l'état d'un moignon qui supporte un staphylôme volumineux ayant la forme d'une petite tumeur rosée.

Champ visuel pris le 15 décembre. Acuité 1/7,5.

Enucléation le 18, classique.

Deuxième champ visuel pris le 21, acuité 1/4.

L'agrandissement porte exclusivement sur le diamètre à 45° sur l'horizontale où on trouve en bas et en dehors 85 au lieu de 75, et en dehors où on a 85 au lieu de 70.

OBSERVATION XIII.

Phlegmon O G.

Ch..., Joseph, a toujours eu les yeux délicats. Il y a 10 ans, après une marche rapide et un travail pénible, le malade se refroidit et le lendemain l'œil était rouge, douloureux ; cinq à six jours après la vue a commencé à baisser et s'est com-

plètement perdue. Depuis dix jours, à la suite d'un nouveau refroidissement, l'œil a enflé ; actuellement, on constate un énorme gonflement de la paupière supérieure et un écoulement muco-purulent. La conjonctive est rouge et infiltrée, la cornée est couverte d'un exsudat purulent blanchâtre.

Le champ visuel est pris le 13 janvier 1894. Acuité 1. Lumière blanche : en haut 35, en bas 60, en dedans 55, en dehors 65.

Le malade est énucléé en plein phlegmon le 14 ; son champ visuel est repris le 15. Acuité 1. Lumière blanche : en haut 55, en bas 50, en dedans 55, en dehors 75.

OBSERVATION XIV.

Traumatisme O G.

N. . François reçut un éclat de pierre au niveau de OG, fut opéré le 10 décembre 1893 ; mais, il y a huit jours, il ressentit des douleurs intolérables dans la tête et dans l'œil, qui était en même temps devenu très rouge. Troubles de la vue de l'autre œil en même temps que la vision diminuait du côté du blessé.

Le champ visuel est pris le 18 janvier 1894, le malade est énucléé le 20 et le champ visuel est repris le 22.

1^{er} champ. Lumière blanche : en haut 45, en bas 50, en dedans 45, en dehors 75.

Lumière rouge : en haut 30, en bas 45, en dedans 35, en dehors 60.

2^e champ. Lumière blanche : en haut 60, en bas 70, en dedans 55, en dehors 85.

Lumière rouge : en haut 50, en bas 65, en dedans 50, en dehors 65.

OBSERVATION XV.

Phtisie O D, sympathie O G.

Dub..., 29 ans, a O D perdu depuis une vingtaine d'années à la suite de la pénétration dans l'œil d'un éclat de capsule. Il y a trois semaines, sans cause appréciable, violentes douleurs dans O D, rougeur et en même temps troubles sympathiques dans O G, se traduisant par troubles de la vision, fatigue rapide après une attention un peu soutenue. Hyperémie O G.

19 février. 1^{er} champ visuel. Lumière blanche : en haut 55, en bas 60, en dedans 45, en dehors 75.

20 février. Enucléation.

23 février. 2^e champ visuel. Lumière blanche : en haut 60, en bas 75, en dedans 60, en dehors 85.

OBSERVATION XVI.

Phtisie O G, traumatisme. — Sympathie O D.

Thob... Jean-Marie, 20 ans. A l'âge de 10 ans reçoit un coup de fourche dans l'œil gauche, qui se vide, en même temps qu'il se produit une hémorragie assez abondante. La vision est dès lors complètement abolie dans O G. Il y a quinze jours, la région oculaire droite devint le siège de douleurs assez vives pour empêcher le sommeil. L'œil droit s'injecta et il présenta de la photophobie et du larmolement. Conjonctive très vascularisée O D, injection périkeratique profonde, globe un peu tendu et faiblement douloureux à la pression. Iris offre une surface dépolie et terne, surtout dans la région zonulaire, mais le malade n'a eu qu'une seule crise vraiment douloureuse. Le champ pupillaire est normal.

O G. globe atrophié.

Champ visuel de la lumière blanche est pris le 17 novembre 1892 : Acuité $2/3$, on a en haut 35, en bas 55, en dedans 55, en dehors 65.

Le malade est énucléé le 17 novembre O G.

Le champ visuel est repris le 19 novembre ; en haut 45, en bas 65, en dedans 60, en dehors 85 et dès ce jour le malade accuse une amélioration sensible de O D. Acuité $2/3$; le 22 novembre, acuité 1.

OBSERVATION XVII.

Ophthalmie sympathique.

S... Jules, 38 ans, a eu depuis l'âge de cinq ans des poussées répétées d'eczéma sur les membres et à la tête ; elles ont laissé au menton une large cicatrice. Rougeole à cinq ans. L'affection oculaire remonte à l'âge de six ans. L'œil droit du malade offrait alors de petites taches sur la cornée, la vue était trouble. Il ne signale à cette date ni photophobie ni larmoiement intenses. Il fut soigné pendant deux mois par le Dr Gailleton et la vue s'améliora ; mais ce ne fut qu'une légère rémission, car depuis ce temps la vue a baissé chaque jour en même temps que le dépoli cornéen s'agrandissait. Il y a dix ans, en 1883 le malade s'aperçut tout à coup qu'il était complètement aveugle de O D.

Il y a un mois et demi que le malade constate une diminution de la vision de l'œil gauche. La semaine dernière le malade souffrait un peu de l'O D dont l'acuité est nulle.

Le 29 septembre le champ visuel est pris pour la lumière blanche, l'acuité $2/7$; en haut 50, en bas 65, en dedans 60, en dehors 85 à 45° sur l'horizon en haut et en dehors 50.

Le malade est énucléé à cette même date et le 8 octobre l'acuité $1/3$.

Le champ visuel est aussi repris à cette date. On a en haut 55, en bas 65, en dedans 65, en dehors 85 à 45° sur l'horizon en haut et en dehors 75.

OBSERVATION XVIII.

Ophthalmie sympathique.

Per..., Hubert, 16 ans et demi, le 21 mars travaillant à son tour reçoit un éclat d'acier dans l'œil gauche, à l'extrémité supéro-interne du diamètre oblique de la cornée. Le soir de l'accident, l'entourage du malade fut frappé d'une petite gonfle noire comme un grain de café. Le malade fut conduit chez un médecin qui coupa la gonfle et ordonna des instillations d'atropine et des cataplasmes de farine de lin. Peu à peu, la vue s'est perdue et après huit jours elle fut complètement abolie. Aujourd'hui l'œil est terne, la pupille est tiraillée en haut et en dehors. O D a acuité $1/2$ avec le trou d'épingle.

Au commencement de mai, l'œil droit resté sain jusque-là commence à se troubler, la vision au loin est considérablement compromise.

Le 21 mai. — Acuité $1/3$, le champ visuel est pris à cette date pour la lumière blanche : en haut 40, en bas 50, en dedans 55, en dehors 55. Le malade est énucléé ce même jour.

23 mai. — Acuité $2/3$, le champ visuel est resté le même jusqu'au 1^{er} juin.

Le 14 juin. — Il est repris et présente un agrandissement : en haut 55, en bas 75, en dedans 60, en dehors 70.

OBSERVATION XIX.

Ophthalmie sympathique.

Tho..., Paul, 30 ans, a O D perdu depuis huit jours après sa naissance, on ne sait pourquoi ; l'œil est devenu petit. A l'âge de dix ans, le malade fait une chute sur l'œil droit. Pièce artificielle sur OD phtisique. En 1892, il y a deux mois, la vue commença à diminuer à gauche sans aucune douleur.

On constate au 5 octobre 1892 un peu de nystagmus à gauche, l'iris est collé à la face postérieure de la cornée et la pupille est à peu près immobile ou plutôt paresseuse. L'acuité OG, 7 octobre = $1/6$. Le champ visuel de la lumière blanche est pris à cette date : en haut 45, en bas 65, en dedans 40, en dehors 70. Le malade est énucléé le 8 octobre.

Acuité OG, 12 octobre = $1/2$. Champ visuel repris à cette date donne : en haut 55, en bas 70, en dedans 70, en dehors 75.

OBSERVATION XX.

Ophthalmie sympathique.

F..., Jean-François, apprêteur à Lyon. Il y a 20 ans, phtisie OG de cause inconnue. En juin 1893, cirrhose hypertrophique du foie, ictère. En août 1893, apparaissent des douleurs dans OD, des étourdissements, de l'épiphora. Le malade voit les objets à travers un brouillard. A l'entrée du malade le 6 novembre 1893, l'OG est atrophié, présente quatre sillons suivant les méridiens horizontal et vertical et ressemble fort bien à un ballot ficelé.

OD est un peu larmoyant.

8 novembre. — Acuité $1/12$. Le champ visuel est pris par la lumière blanche, et on a en haut 25, en bas 20, en dedans 15, en dehors 55.

Le malade est énucléé le 9 novembre suivant le procédé classique.

10 novembre. — Acuité $1/7$. 2^e champ visuel : en haut 45, en bas 45, en dedans 50, en dehors 65.

17 novembre. — Acuité $1/4$. 3^e champ visuel : en haut 50, en bas 65, en dedans 65, en dehors 70.

OBSERVATION XXI.

*Glaucôme chronique, sympathique, arrêté par
l'énucléation de l'autre œil.*

(Dr Mengin, Caen).

M. F..., 70 ans, s'est toujours bien porté; actuellement santé très robuste. Il y a trente ans reçoit un coup de pierre sur l'œil droit, en souffre violemment pendant environ trois semaines et, à partir de cette époque, n'a jamais ressenti ni douleur, ni photophobie, ni gêne d'aucune sorte dans cet œil. Le gauche a toujours été excellent; depuis vingt ans, époque de la presbytie, il porte des verres convexes pour lire.

Depuis six mois, la vue de cet œil gauche diminue progressivement et sans qu'il éprouve aucune douleur, aucun symptôme autre que cet affaiblissement de la vision.

L'examen subjectif donne les résultats suivants : de loin $S = 4/10$; aucun verre n'améliore. De près, avec 2,5 dioptries sphériques biconvexes, le malade lit doucement le n° 5 de l'échelle typographique de Wecker. Toutes les couleurs sont très bien reconnues. Quant au champ visuel, mesuré très exactement, il est en dedans de 40° , en dehors de 60° .

Extérieurement, l'œil n'offre aucune particularité à signaler; la tension semble normale, aucune injection périkeratique, aucun état variqueux des vaisseaux; la chambre intérieure, l'iris, la pupille, sont dans des conditions normales. L'examen ophtalmoscopique offre une excavation très prononcée de la papille, excavation dont les bords arrivent presque à se confondre avec les bords de la papille; pas d'hémorragie rétinienne. Le diagnostic glaucôme simple s'impose naturellement.

O D en strabisme externe, manifestement diminué de volume et mou; chambre antérieure vaste, iris décoloré et atrophié, complètement adhérent à une capsule cristallinienne

jaune-blanchâtre. Absence de photophobie. L'œil n'est pas douloureux à la palpation, aucun point douloureux à la pression sur la région ciliaire, œil nullement injecté.

Le pronostic était sombre. L'énucléation est offerte au malade. Il l'accepte et elle est faite le 9 janvier.

Le 9 février, le docteur Mengin revoit le malade qui affirme que sa vue s'est améliorée. De loin $S = 4/10$ *ut supra*; de près avec 2,50 + il lit facilement le n° 4 de l'échelle de Wecker. Champ visuel en dedans est de 45° au lieu de 40° et 65° en dehors au lieu de 60°.

Le 7 juillet, 5 mois plus tard, l'acuité et le champ visuels n'ont pas diminué.

OBSERVATION XXII.

Traumatisme O D.

C..., Gabriel, 35 ans, cantonnier, a reçu, en cassant des pierres, un éclat de pierre sur l'œil droit. Les lunettes métalliques que portait le malade ont été enfoncées par la pierre qui, paraît-il, était assez volumineuse. Le choc a été assez douloureux et suivi de la perte immédiate de la vision distincte. Quelques heures après, frissons et douleurs intenses avec irradiations autour de l'orbite et dans tout le côté droit du crâne. Un médecin aurait constaté une plaie de l'œil.

Actuellement, œdème des deux paupières, chimosis conjonctival, un peu d'exophtalmie.

La cornée, légèrement trouble, présente la trace d'une plaie vers l'angle interne du méridien horizontal. Cette plaie présente un bourgeon blanc. La chambre antérieure est trouble, avec épanchement sanguin dans la moitié inférieure. L'iris est terne, jaunâtre, au lieu de bleu pâle, la pupille est petite, déformée, en forme de fente horizontale et remplie par un exsudat glauque. O D distingue à peine le jour de la nuit, voit rouge devant la fenêtre. O G V = 1.

Le champ visuel pour la lumière blanche est pris le 5 juin. On a en haut 60, en bas 60, en dedans 45, en dehors 65.

Le malade est énucléé ce même jour.

Le champ visuel est repris le 8 juin. Il donne en haut 60, en bas 65, en dedans 55, en dehors 70. L'agrandissement est surtout sensible en dedans et en dehors.

OBSERVATION XXIII.

D..., Jean, charpentier, s'est tiré un coup de revolver dans la tempe droite. Immédiatement après, perte de la vue, gonflement énorme de toute la région orbitaire. Huit jours après, sans que la balle ait été extraite, diminution du gonflement, mais le malade ne peut soulever volontairement sa paupière : il y a paralysie du releveur palpébral supérieur. Le globe droit actuellement est atrophié, douloureux à la pression. Sa cornée est irrégulière, transparente, mais en partie recouverte par une fausse conjonctive épaissie et rougeâtre. La chambre antérieure semble en partie conservée.

L'iris est pâle et atrophié, l'acuité de l'O D est nulle.

Le 25 septembre le champ visuel (lumière blanche) O G est pris et on trouve en haut 25, en bas 35, en dedans 35, en dehors 45,

Le malade est énucléé le 25 et on ne trouve pas le projectile dans la cavité orbitaire. Le champ visuel est repris le 30, on a alors en haut 35, en bas 45, en dedans 60.

OBSERVATION XXIV.

M... Rosalie, a eu, au 28 juin 1893, un abcès de la cornée O G avec douleur, rougeur, larmolement, etc. Aujourd'hui le globe de O G est plus dur que le droit, il présente un staphylôme opaque central, cicatrice de l'abcès de la cornée, vers lequel se dirigent les vaisseaux conjonctivaux. La chambre

antérieure a disparu par projection de l'iris en avant, contre la face postérieure de la cornée. La malade voit encore la lumière et les ombres qui passent devant elle. Il y a du larmoiement et la conjonctive est très injectée.

Le champ visuel est pris pour la lumière blanche O D le 22 novembre 1893. La malade est énucléée le 25 novembre sans que l'opération ait donné une goutte de sang.

Les suites opératoires sont très bonnes et le champ visuel est repris le 30 novembre 1893.

OBSERVATION XXV.

(Observation due à l'amabilité de M. le médecin-major Hassler.)

B... Germain. Plaie pénétrante de l'œil. Hernie de l'iris. Iridectomie. Astigmatisme consécutif. Glaucôme sympathique consécutif à irido-choroïdite traumatique.

Le 28 novembre 1893, le malade travaillant à l'arsenal reçut dans l'angle interne de l'œil droit un morceau de fonte triangulaire long de cinq à six millimètres qui ressortit aussitôt. Il en résulta une légère hémorragie avec sortie de l'humeur aqueuse et une plaie cornéenne oblique de haut en bas et de dehors en dedans, dans laquelle l'iris déchiré était venu se jeter. Hypoliéma abondant. Une heure après, l'iridectomie jugée nécessaire, fut pratiquée et le malade fut traité par les pulvérisations boriquées et la pommade à l'oxyde jaune de mercure. Il en résulta une grande amélioration dans l'état de l'O G dont l'acuité visuelle arrive à être de $1/10$, et quand le malade quitta l'hôpital sur sa demande, cette acuité s'était maintenue et la cornée présentait un léger astigmatisme, le 11 décembre.

Le 16 janvier 1894, le malade rentre à l'hôpital Desgenettes. Non seulement l'acuité de l'O G avait diminué, mais celle de l'œil droit était notablement amoindrie = $2/3$, elle avait diminué de moitié. Le malade se plaignait de violentes douleurs

qui, partant de l'orbite, s'irradiaient dans le reste du crâne et donnaient au dire du malade la sensation d'un clou qu'on lui aurait enfoncé dans la tête. Le globe oculaire avait pris une consistance tendue; la cornée moins transparente faisait voir au malade les objets couverts d'un brouillard. Il y avait sympathie consécutive à une complication de traumatisme de l'OG. La dureté de l'OD et la nature particulièrement aiguë des douleurs firent penser à un glaucôme. On fit au malade des frictions mercurielles autour des tempes, le malade prit de l'iodure de potassium, de l'antipyrine. Ce traitement ne produisit aucun effet, l'acuité visuelle de l'œil droit diminuait progressivement et les couleurs périorbitaires devenaient de plus en plus vives. Pour enrayer la marche foudroyante des accidents, il fallut intervenir chirurgicalement; l'énucléation fut pratiquée le 20 janvier 1894. Elle révéla la présence d'un staphylôme postérieur autour de la papille, on avait bien eu affaire à un glaucôme. On fit dans l'orbite un pansement à l'iodoforme.

Le jour même de l'énucléation les douleurs périorbitaires du côté gauche disparurent. L'acuité visuelle de l'OG était $1/5$.

Une heure après l'opération, le malade distinguait le numéro du lit situé en face du sien ce qui lui était impossible avant l'opération. Elle arriva à $1/3$ le 24 sans verre correcteur et à $1/2$ avec un verre de 1, 50 dioptrique.

Le champ visuel fut pris le 24 janvier, puis le 27 et le 30 janvier.

Le premier donne : en haut 50, en bas 60, en dedans 50, en dehors 80.

Le deuxième donne : en haut 60, en bas 70, en dedans 55, en dehors 80.

Le troisième donne : en haut 60, en bas 70, en dedans 65, en dehors 80.

Le 6 février, on fait l'application d'un œil artificiel, le malade ne ressent aucune douleur, mais seulement un peu de gêne et il a un peu de larmoiement. Le 8 février, il y a toujours un peu de larmoiement, mais ne gênant pas le malade

qui ressent quelques démangeaisons sur les paupières. Le 12 février, le malade est habitué à son œil de verre, le larmoiement a disparu.

L'acuité visuelle a augmenté du côté de l'œil sans être toutefois revenue à la normale et le malade a encore des difficultés à voir nettement le soir. Le malade quitte l'hôpital le 14 février bien amélioré.

CHAPITRE TROISIÈME.

Maintenant que nous savons ce que sont l'acuité de la vision et le champ visuel de nos malades, voyons les changements subis à la suite de l'énucléation. Dans toutes les observations d'énucléation que nous avons trouvées au cours de nos recherches bibliographiques, nous avons vu signaler une amélioration de la vision après l'opération. Quelques auteurs donnent des chiffres pour l'acuité visuelle, mais nous n'avons guère trouvé que des renseignements vagues sur le champ visuel. Ce n'est pas que tous les auteurs n'affirment une amélioration, mais ils le font en termes généraux, ne permettant pas de se rendre un compte exact des modifications subies par ce champ visuel. Dans les observations qui nous sont personnelles, nous nous sommes efforcé d'examiner nos malades le plus tôt possible après l'opération. Il nous a été facile de le faire assez peu de temps après l'énucléation car, dans tous les cas que nous avons vu opérer, les suites opératoires ont été remarquablement bonnes ; le soulagement de la douleur a toujours été immédiat et la

disparition des phénomènes inflammatoires a suivi de très près celle du symptôme douleur.

Chez plusieurs de nos malades nous avons pu prendre le nouveau champ visuel le surlendemain et même le lendemain de l'opération, chez d'autres nous l'avons pris deux, trois ou quatre jours après.

Nous avons trouvé dans tous les cas une modification de l'état primitif, toujours dans le sens de l'amélioration, modification quelquefois assez considérable.

Occupons-nous d'abord de l'acuité visuelle chez les malades ayant subi une énucléation préventive. Nous trouvons par exemple, dans l'observation V, celle de R. Antoine, une acuité visuelle égale à $\frac{1}{3}$ O D, le 5 avril, c'est-à-dire trois jours avant l'opération. Deux jours après cette dernière, l'acuité mesurée exactement est égale à $\frac{1}{2}$. Il s'agissait d'un abcès de la cornée et d'un staphylôme perforé.

Dans un cas de phlegmon de l'œil droit nous avons trouvé d'abord une acuité égale à $\frac{1}{4}$ pour l'O G et deux jours après l'opération elle était revenue à $\frac{1}{2}$.

V. Philiberte opérée pour un traumatisme de l'œil droit ayant amené la hernie du cristallin et de l'iris a vu son acuité visuelle tombée à $\frac{1}{2}$ la veille de l'enucléation remonter à $\frac{2}{3}$ dès le lendemain même de l'enucléation. C'est là un des résultats les plus beaux et les plus rapides qu'il nous ait été donné de constater.

Chez un autre de nos malades opéré lui aussi pour lui éviter les accidents de sympathie à redouter, l'acuité qui était de $\frac{1}{5}$ le jour de l'opération était devenue égale à $\frac{1}{3}$ cinq jours après l'extirpation de l'œil malade.

Dans trois cas où l'acuité visuelle était restée normale alors que le champ visuel avait déjà diminué nous n'avons pas trouvé de modifications soit en plus soit en moins.

Si nous passons maintenant en revue quelques-unes de nos observations de malades atteints bien évidemment d'ophtalmie sympathique, nous trouvons des résultats identiques.

Dans un cas d'iritis sympathique (observation III) avec synéchies postérieures, en quatre jours l'acuité visuelle tombée à $1/6$ revient à $1/3$. Nous voyons aussi dans un cas de trouble du milieu avec fond de l'œil normal (observation VII) l'acuité visuelle descendue à $1/3$ revenir en 48 heures à $5/7$. C'est là le résultat le plus fort et le plus rapide qu'il nous ait été donné de constater. Une énucléation pour ophtalmie sympathique suite de traumatisme par un éclat d'acier nous donne une amélioration qui ramène l'acuité de $1/2$ à $2/3$; après une autre nous voyons l'acuité visuelle varier de $1/6$ à $1/2$ en quatre jours (observation XIX).

Nous avons trouvé dans la thèse du docteur Vignaux, à laquelle nous avons fait quelques emprunts, des cas du même genre; sa première observation donne, après énucléation, une variation en mieux de l'acuité de $13/40$ à $20/40$ dès le deuxième jour. Il s'agissait d'une irido-cyclite plastique. Après une autre énucléation faite pour iritis plastique, ayant abaissé l'acuité visuelle à $4/33$, celle-ci est revenue à $4/20$, et le malade, deux ans après, avait encore cette acuité et pouvait se conduire avec toute facilité.

Un malade atteint d'iritis plastique ayant une acuité

visuelle de $1/40$ et un champ visuel un peu rétréci, a vu en un mois son acuité revenir à $1/17$. Le docteur Vignaux cite encore (observation XXIX) le cas d'un malade atteint d'iritis sympathique provoqué par l'atrophie de l'autre œil atteint d'irido-choroïdite, dont l'acuité visuelle n'était plus que de $1/20$ et qui a vu cette acuité visuelle revenir à $1/10$ huit jours après l'opération.

Le plus bel exemple d'amélioration hâtive que nous puissions citer, nous le devons à l'obligeance bien connue de M. le médecin major Hassler. Il a eu à pratiquer une énucléation sur un malade atteint de glaucôme sympathique et nous trouvons dans l'observation de ce malade, le fait suivant. Une heure après l'opération, le malade distinguait le numéro du lit situé en face du sien, ce qui lui était absolument impossible avant l'opération. On ne peut nier que l'amélioration, ici, ait été tout à fait prompte pour ne pas dire subite, car il est certain que le malade, du reste intelligent et observateur, ne voyait pas ce numéro un quart d'heure avant son énucléation. Comme on le voit, l'acuité visuelle de nos malades a subi, après l'énucléation, une amélioration souvent considérable et toujours prompte ; nous pouvons donc conclure qu'il y a là une relation de cause à effet, ce que nous tenions à bien faire voir.

Les variations subies par les champs visuels de nos malades correspondent à peu près à celles présentées par l'acuité visuelle.

Nous avons pu voir nos malades souvent le lendemain de l'opération, et nous rendre compte ainsi des

modifications, pour ainsi dire immédiates, de leur champ visuel, plus favorisé en cela que pour celles produites par la maladie qui a nécessité l'intervention, car nous ne pouvions prendre l'observation de nos malades qu'à leur entrée à l'hôpital, c'est-à-dire quelquefois quinze jours ou trois semaines, et souvent bien plus après le début de l'affection qui les amenait réclamer une intervention.

La vision périphérique a subi, du fait de l'opération, dans toutes nos observations, une amélioration qui concorde cette fois avec l'amélioration de l'acuité visuelle. Cette amélioration n'a pas été comme le rétrécissement, progressive, s'établissant peu à peu, du moins immédiatement après l'opération. Nous avons trouvé tout d'abord après l'énucléation, une certaine somme d'amélioration subite, puis, chez quelques malades que nous avons pu suivre, une amélioration progressive du champ visuel.

Chez nos opérés préventivement à la suite d'un traumatisme ou pour un phlegmon de l'œil, l'opération a fait disparaître les rétrécissements produits et ramené les champs visuels à la normale ou à très peu près de la normale.

Ainsi nous avons trouvé chez le malade C. Pierre, atteint par un traumatisme de l'O.D, le champ visuel des couleurs blanche, rouge et verte ramené trois jours après l'opération aux chiffres suivants, qui se rapprochent beaucoup des chiffres du champ visuel normal :

Lumière blanche : en haut 50, en bas 65, en dedans 55 et en dehors 75 ;

Lumière rouge : en haut 45, en bas, 60, en dedans 45, et en dehors 75 ;

Lumière verte : en haut 40, en bas 55, en dedans 50, et en dehors 60.

Chez un malade énucléé pour un staphylôme perforé et chez qui on n'avait pas trouvé de symptômes d'ophtalmie sympathique, le champ visuel de la lumière blanche, pris avant l'opération, donnait les chiffres suivants, le 7 avril :

30 en haut.

45 en bas.

55 en dedans.

60 en dehors.

C'est-à-dire qu'il offrait un rétrécissement assez considérable. Pour le rouge on avait 10 en haut, 45 en bas, 45 en dedans et 55 en dehors ; pour le vert 15 en haut, 40 en bas, 35 en dedans et 55 en dehors.

Le 11 avril au matin, c'est-à-dire exactement trois jours après l'opération le malade allait aussi bien que possible et le champ visuel repris à cette date nous a donné les chiffres suivants :

Pour le blanc 45 en haut au lieu de 30, 55 en bas au lieu de 45, 90 en dehors au lieu de 60 et 60 en dedans au lieu de 55. Comme on le voit le champ visuel s'était en trois jours agrandi de plus d'un tiers et de plus les courbes du vert et du rouge qui, le 7 avril, s'enchevêtraient l'une dans l'autre s'étaient régularisées, la courbe du rouge étant exactement excentrique à celle du vert comme cela existe dans le champ visuel normal. De plus le champ visuel du blanc avait atteint les limites normales en dedans et les avait légèrement

dépassées en dehors puisqu'il atteignait de ce côté le chiffre 90 au lieu de 85 généralement admis comme limite moyenne dans ce sens.

L'acuité visuelle qui, le jour de l'énucléation, était $\frac{1}{3}$ avait aussi augmenté et elle était égale à $\frac{1}{2}$. Comme on le voit l'amélioration de la vision centrale avait marché de pair et du même pas avec celle de la vision périphérique.

Dans ces deux cas il n'y avait pas encore d'autres symptômes de sympathie et ces malades ont subi tous deux une énucléation préventive. Mais les mêmes phénomènes ont été constatés chez d'autres sujets présentant bien évidemment des phénomènes sympathiques. Ainsi, J. Faurax que nous avons examiné le 8 novembre, c'est-à-dire le jour de l'opération, avait pour limites de son champ visuel, pour la lumière blanche, 25 en haut, 25 en bas, 15 en dedans, 55 en dehors; son champ était comme on le voit fort rétréci. Le 10 novembre, c'est-à-dire deux jours après l'énucléation de l'œil droit sympathisant, le champ visuel de l'œil sympathisé avait pour limites 45 en haut, 45 en bas, 50 en dedans et 65 en dehors, il avait par conséquent presque doublé. Le 17 novembre nous avons trouvé 50 en haut, 65 en bas, 70 en dedans et 70 en dehors, les limites normales étaient par conséquent à peu près atteintes. Nous devons avouer que c'est le maximum de résultat que nous ayons constaté chez un sujet atteint bien vaguement d'ophtalmie sympathique; il est vrai qu'on ne trouvait pas de lésions organiques marquées et que le malade ne présentait, outre la diminution progressive de sa vision, que du larmoiement.

Un autre de nos malades, M. Michel, atteint d'ophtalmie sympathique, se traduisant par des troubles des milieux, avait comme limites de son champ visuel avant l'énucléation les nombres suivants : 1° pour la lumière blanche en haut 30, en bas 60, en dedans 60, en dehors 85, et à 45 dans le diamètre incliné à 45° sur l'horizontale ; son champ visuel était donc rétréci surtout en ce point ; le résultat de l'opération constaté deux jours après avait été de ramener cette limite inféro-interne à 65° au lieu c'est-à-dire que le malade avait vu son champ visuel grandir surtout du côté le plus rétréci en même temps que sur tous les autres points de la périphérie et le 9 février 1894, les limites du champ visuel de la lumière blanche étaient reportées à 45 en haut au lieu de 30, 70 en bas au lieu de 60, 70 en dedans au lieu de 60 et 90 en dehors au lieu de 85, 70 à 45° sur l'horizontale au lieu de 45. Ici l'augmentation principale du champ visuel a, comme on le voit, porté sur le point le plus rétréci, fait que nous avons du reste constaté dans presque toutes nos observations.

Nous avons pu, de plus, constater que, après l'énucléation de l'œil malade, les courbes des couleurs rouge et verte qui, souvent étaient irrégulières et enchevêtrées l'une dans l'autre, s'étaient régularisées, le rouge étant devenu excentrique au vert ainsi que cela se trouve dans l'œil considéré comme normal.

Ce fait est surtout facile à constater dans l'observation de M. Honoré dont nous avons reproduit les deux champs visuels dans l'observation IV.

En somme, après énucléation de l'œil malade, énucléation faite avant ou après le début d'accidents

sympathiques dans l'autre oeil, le champ visuel rétréci des malades s'est amplifié, les courbes des couleurs se sont régularisées et sont devenues exactement concentriques les unes aux autres, l'acuité visuelle affaiblie a augmenté et la fonction de l'œil compromise a fait un pas en avant vers un retour quelquefois complet à l'état normal. Nous n'avons pas retrouvé l'état normal dans les cas où les lésions organiques étaient trop avancées, mais même dans ces cas, immédiatement après l'opération il y a eu amélioration de la vision et cette amélioration, souvent considérable, s'est toujours produite en très peu de temps, en quelques heures parfois et toujours dans les quarante-huit premières heures qui ont suivi l'opération. L'amélioration a pu dans la suite encore progresser tout doucement, mais il est un fait bien certain, c'est que nous en avons toujours trouvé une certaine somme immédiatement après l'énucléation.

CHAPITRE QUATRIÈME.

En présence des faits que nous venons de citer, nous devons nous demander quel est le mécanisme par lequel ils se produisent. Il nous semble que les mêmes voies sont employées par la nature pour amener les diminutions d'acuité et les rétrécissements du champ visuel, et pour ensuite obtenir leur amélioration et leur agrandissement. Quelle est donc la voie suivie ?

Au début des études sur l'ophtalmie sympathique, tous les auteurs admettent la voie du nerf optique, mais plus tard cette théorie a compté non moins de défenseurs convaincus que de détracteurs irréconciliables. Aujourd'hui, tout en reconnaissant que quelquefois cette voie est suivie par le processus sympathique, on lui a retiré beaucoup de l'importance qui lui avait été primitivement attribuée. En tout cas il nous semble, dans le cas présent, impossible d'admettre que les modifications produites dans l'acuité et le champ visuel soient le résultat d'une névrite développée dans le nerf optique du côté malade, et passant par le chiasma dans le nerf optique du côté opposé. La rapidité

des changements survenus plaide victorieusement contre l'hypothèse d'une névrite optique.

A cette théorie a fait suite celle de la transmission par les nerfs ciliaires, mise en avant en 1858 par Müller, de l'autre côté du Rhin, et en 1849, en France, par Tavignot. Aujourd'hui encore, c'est elle qui semble réunir le plus de suffrages et comprendre la généralité des cas observés. Il résulte en effet, dit Yvert dans son *Traité clinique des blessures de l'œil*, il résulte des travaux de Müller, de Paguistecker, de Czerny et de de Græfe en Allemagne, de Desmares, de Sichel et de Galezowski en France, de Lawson et de Critchett en Angleterre, que quatre-vingt-quinze fois sur cent la sympathie a son point de départ dans l'irritation d'un des nerfs ciliaires. Y a-t-il simple excitation réflexe dans le département des vaso-moteurs correspondants ou, au contraire, une véritable névrite, d'abord ascendante, puis descendante des rameaux nerveux qui servent de voies de transmission.

Nous ne devons pas je crois nous arrêter à la théorie de la névrite ciliaire pour expliquer les troubles fonctionnels survenus. En effet comme pour le nerf optique, la rapidité de l'apparition de ces troubles après le traumatisme, et la rapidité de leur disparition après l'énucléation ne peut s'accorder avec la lenteur d'évolution d'une névrite dont les lésions mettent un temps ordinairement fort long à se produire et peut être plus long encore à disparaître.

Dans la théorie vaso-motrice on admet que l'excitation des extrémités terminales des nerfs ciliaires, transmise directement par ces filets nerveux jusqu'au

niveau du bulbe, subit en ce point une réflexion et vient, en suivant un trajet inverse, c'est-à-dire centrifuge, retentir sur les nerfs vaso-moteurs du côté opposé, d'où résulterait, comme conséquence, une constriction d'abord, puis une paralysie des vaisseaux de l'œil sympathisé. Cette explication peut convenir aux faits que nous avons constatés, en effet, rien ne s'oppose plus à l'explication que nous cherchons. La rapidité avec laquelle le réflexe passe du nerf ciliaire excité aux nerfs vaso-moteurs du côté opposé et les modifications rapides subies de ce chef par la circulation intra-oculaire permettent de comprendre la rapidité des modifications constatées soit du côté de la maladie soit au contraire du côté de l'amélioration. On sait en effet que les variations de tension de la circulation du globe de l'œil ont une grande influence sur la vision, et, le rétrécissement bien connu du champ visuel dans les cas de glaucôme en est la meilleure preuve. Dès lors qu'est-ce qui peut nous empêcher d'admettre dans l'œil malade une excitation permanente des nerfs ciliaires par suite des changements des conditions de leur nutrition ou de leurs rapports anatomiques, amenés par le traumatisme, excitation établie brusquement au début de la maladie et dont le résultat a été d'amener une action réflexe vaso-motrice dans l'œil de l'autre côté, d'où état glaucomateux de l'œil plus ou moins accentué, n'allant pas jusqu'à provoquer les douleurs du glaucôme, mais suffisant pour amener le rétrécissement du champ visuel.

Supprimons cette action réflexe en enlevant son point de départ, c'est-à-dire les extrémités nerveuses des

nerfs ciliaires, en énucléant l'œil, nous supprimons presque instantanément les conditions de vascularisation anormale expliquant la diminution d'acuité visuelle et le rétrécissement du champ visuel. Dès lors la rapidité de l'amélioration après énucléation ne nous étonne plus, et, la circulation de l'œil redevenant normale, nous nous expliquons le retour à la normale présente par l'œil sympathisé, quand il n'a subi encore que des modifications de circulation trop peu durables pour avoir amené un changement de structure morbide dans ses parties constituantes.

Cette explication nous paraît assez plausible ; peut-être cependant n'est-elle pas la vraie, et faut-il chercher quelque rapport intime entre le fonctionnement des deux rétines et un réflexe partant de la rétine même de l'œil malade pour aller exercer son action directement sur les éléments de l'autre rétine sans passer par l'intermédiaire du système vasculaire. Il s'agit, peut-être là, d'une sorte d'action inhibitrice exercée par une rétine sur l'autre et peut-être aussi ignorons-nous encore quelque relation qui lie les rétines au point de vue fonctionnel.

Nous espérons que l'avenir nous réservera quelques loisirs pour continuer l'étude de cette question que nous sommes loin de considérer comme résolue.

CONCLUSIONS.

I. — Dans le cas de lésions traumatiques ou inflammatoires considérables du globe de l'œil dépassant la cornée, il y a diminution de l'acuité visuelle et rétrécissement du champ visuel de l'autre œil, rapidement produits.

II. — Ces symptômes doivent être soigneusement recherchés par le praticien dans tous les cas où la question d'ophtalmie sympathique peut se poser. Ils apparaissent les premiers et quelquefois bien longtemps avant tous les autres.

III. — L'énucléation préventive ou curative amène toujours dans l'œil resté en place, une amélioration fonctionnelle : l'acuité visuelle augmente, le champ visuel s'agrandit. Les irrégularités des courbes des champs visuels des couleurs disparaissent.

IV. — Les améliorations produites par l'énucléation suivent immédiatement l'opération.

V. — Ces variations peuvent s'expliquer par un réflexe vaso-moteur transmis par les nerfs ciliaires de l'œil malade amenant une sorte d'état glaucômateur de l'œil sain, état dont la disparition entraîne à sa suite l'amélioration constatée.

VU : LE DOYEN,

LORTET.

Vu, bon à imprimer :

LE PRÉSIDENT DE THÈSE,

GAYET.

Permis d'imprimer

Lyon, le 29 novembre 1894.

LE SECTEUR,

EM. CHARLES

